

Aplicación de un cuestionario de sueño y la escala de somnolencia de Epworth en un centro de salud familiar

Application of a sleep questionnaire and the Epworth sleepiness scale in a family health center

José Luis Castillo C.¹, Fernando Araya D.², Lorena Montecino R.¹, Catalina Torres M.¹,
Sabrina Oporto S.¹, Gonzalo Bustamante F.³ y Waldo Aranda Ch.⁴

Introduction: Sleep disorders, especially sleep breathing disorders, have not been well studied in the patients attending a family health center in Chile. Sleep breathing disorders have been linked to cardiovascular and cerebrovascular diseases, which are important causes of morbidity and mortality. **Method:** We studied a randomized sample of 180 adult patients (135 women and 45 men, with a mean age of 45.6 years) consulting a public family health center with the Epworth Sleepiness Scale and a Sleep Questionnaire which include assessment of obesity, medical conditions, medications and smoking habit, blood pressure, sleep habits, snoring, breathing cessation, insomnia, daytime sleepiness and depressive symptomatology. **Results:** Hypertension was found in 37.2%, diabetes in 11.1%, dislipidemia in 19.4%, smoking in 34.4%. Body mass index \geq of 30 Kg/m² was found in 38.3%. Twenty five patients (13.9%) had an Epworth score \geq of 15. Loud snoring was reported in 56.7%. Breathing cessation was reported by the spouses in 21.7%. Difficulty for sleep initiation was present in 21.7% and to maintain sleep in 21.7%. Daytime sleepiness was present in 29.4%. Twelve patients (6.7%) had the highest score in a visual analog scale for daytime somnolence. An affirmative answer for persistent sadness or low mood and loss of interest or pleasure in the last month was reported by 43.8% of the patients. **Conclusion:** It is noteworthy the high frequency of undiagnosed sleep disorders found in a population consulting by others pathologies. These results would be useful for the planning of public health programs which should include sleep disorders.

Key words: Epworth sleepiness scale, daytime sleepiness, insomnia, sleep apneas, sleep disorders, sleep questionnaire.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2008; 46 (3): 182-191

Recibido: 16 de junio de 2008

Aceptado: 20 de octubre de 2008

No se registran conflictos de interés.

Publicado en forma parcial, en el Libro de Resúmenes del XII Congreso Panamericano de Neurología. 2007; número 36: página 98.

¹ Departamento de Ciencias Neurológicas Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

² Servicio de Neurología, Hospital del Salvador.

³ Centro de Salud Familiar Juan Pablo II, La Reina.

⁴ Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

Introducción

Los trastornos del sueño por diversas causas presentan una alta prevalencia en la población general (35-40%)¹. Entre estos trastornos destacan por su frecuencia el SAHOS (síndrome de apneas/hipoapneas obstructiva del sueño), que, en estudios internacionales, afecta a 1 de cada 5 adultos en su presentación leve y a 1 de cada 15 en su presentación moderada a severa^{2,3} y el insomnio, que en series internacionales afecta a 5-34% de la población⁴.

El cuadro clínico de SAHOS incluye: somnolencia diurna, cefalea matinal, ronquido intenso, irritabilidad, trastorno del ánimo, disminución de la concentración y disminución de habilidades motrices, con el consiguiente riesgo de accidentes, disminución en la productividad laboral y disminución en la calidad de vida familiar y social. Este síndrome se caracteriza por colapsos de la vía aérea faríngea durante el sueño, que ocurren en forma recurrente, llevando a hipoxemia e hipercapnia. Para reestablecer la respiración se producen subsecuentes despertares y microdespertares que desorganizan la estructura del sueño, con importantes consecuencias neuroconductuales y cardiovasculares^{5,6}. Se ha demostrado además, que este cuadro constituye un importante factor de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, accidentes cerebrovasculares y síndrome metabólico⁷⁻¹².

En nuestro conocimiento, no existen estudios en Chile respecto de la prevalencia y características de los trastornos de sueño. Debido al alto costo económico de los exámenes necesarios para los diagnósticos específicos de los diferentes trastornos de sueño, su manejo ha estado limitado fundamentalmente al sector privado de la salud. Parece necesario disponer de un instrumento que permita detectar fácilmente a las personas en riesgo de alguna de estas patologías.

Nuestro objetivo es conocer la frecuencia de trastornos del sueño a través de la aplicación de un cuestionario estructurado, especialmente creado para la pesquisa clínica de ellos, lo que podría

darnos algunas luces respecto de cual es la realidad de este tema en una población consultante en un centro de salud familiar. Además se agregan preguntas para detectar factores de riesgo vasculares y síntomas depresivos, acompañantes habituales de algunos trastornos del sueño.

Método

El estudio se realizó en el Centro de Salud Familiar Juan Pablo II de la comuna de La Reina de la ciudad de Santiago (población asignada: 15.963 habitantes), tomando a los consultantes mayores de 18 años, los que fueron elegidos de una manera aleatoria y con consentimiento previo por escrito, durante un período de 6 meses.

Se entrevistó a cada sujeto seleccionado con un cuestionario estructurado de sueño (anexo 1) que incluye: evaluación de estado nutricional, enfermedades médicas, uso de medicamentos, tabaco y alcohol, hábitos de sueño, ronquido intenso, pausas respiratorias, insomnio, somnolencia diurna excesiva y la autoaplicada Escala de Somnolencia de Epworth (anexo 2)¹³, para detectar somnolencia diurna excesiva. Además, se midieron algunas variables antropométricas como peso, talla, presión arterial, circunferencia abdominal y cuello y se calculó el índice de masa corporal (IMC). La medición de presión arterial sistólica y diastólica se realizó de una manera estandarizada: en posición sentado, en una sala especialmente habilitada, al mediodía antes de almuerzo. Se agregaron dos preguntas que se han utilizado para detectar síntomas depresivos¹⁴.

Considerando un nivel de confianza del 95%, un nivel de error absoluto de 5% y el promedio de las prevalencias en estudios internacionales de SAHOS leve y moderada o severa, se consideró necesario una muestra no menor de 174 pacientes.

Se separó el grupo de pacientes considerados con alto riesgo de estar afectados por trastornos respiratorios del sueño. Este grupo debía tener las siguientes variables alteradas (anexo 1):

Epworth > 0 = 15, ronquido intenso y pausas referidas por el paciente y pareja, cansancio al despertar (niveles 4-5) y alto grado de somnolencia diurna (niveles 4-5). Este grupo fue comparado con el resto de los pacientes en relación a la presencia de factores de riesgo vascular.

Análisis de los datos: En el análisis estadístico se usó la prueba "t" de Student en la comparación de variables entre sujetos con síntomas de trastornos de sueño y sin ellos, cuando había distribución normal y el test no paramétrico de Mann-Whitney cuando no había normalidad. Para determinar correlación entre variables se usó el test de Pearson cuando la variable se distribuye normalmente y el test de Spearman cuando esto no se cumple.

Resultados

Entre los meses de octubre del 2006 y marzo del 2007, se evaluaron 180 pacientes, con una edad promedio de 45,6 años ($\pm 16,7$), 135 mujeres y 45 hombres. De los 180 pacientes evaluados, 67,2% presentaban síntomas sospechosos de trastornos de sueño, 90 mujeres y 45 hombres. En la Tabla 1 se presentan los problemas de salud general detectados y los resultados del examen físico

La Tabla 2 presenta los resultados de las variables del sueño, destacando el alto porcentaje que presenta ronquido intenso (56,7%), descrito por el paciente y su pareja. En la Escala de Somnolencia de Epworth, obtuvieron un puntaje igual o superior a 15 puntos (somnolencia marcada), 25 pacientes (13,9%), 20 mujeres y 5 hombres. En relación al grado de dificultad mencionado por los pacientes tanto para conciliar como para mantener el sueño, los resultados fueron: gran dificultad en 22%, alguna dificultad en 36% y sin dificultad en 42%. A la pregunta de cuán cansado se siente después de dormir 30% respondió que no descansó nada, 50% que despertaba algo somnoliento y sólo el 20% respondió que despertaba muy descansado.

En relación al uso de medicamentos y drogas,

los resultados fueron: benzodiazepinas 18,9%; antidepresivos 15%; hierbas medicinales 4,4%; cannabinoides 1,7%; cocaína 0,6% y barbitúricos 0,6%. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el uso de benzodiazepínicos y las variables: insomnio referido por el paciente ($p < 0,0001$); dificultad para conciliar el sueño ($p < 0,006$); y dificultad para volver a dormir ($p < 0,001$).

Tabla 1. Examen físico y comorbilidad

Examen físico	
Peso (kg)	72,3 \pm 14,9
Talla (cm)	157,2 \pm 18,7
IMC (kg/m ²)	28,7 \pm 5,8
Cintura (cm)	97,3 \pm 53,1
Cuello (cm)	35,9 \pm 5,5
PA sistólica (mmHg)	118,8 \pm 19,1
PA diastólica (mmHg)	75,9 \pm 48,7
Comorbilidad	
Hipertensión arterial	37,2%
Diabetes mellitus	11,1%
Dislipidemia	19,4%
Enf. Coronaria	3,3%
Ecv/cit	1,7%
Hipotiroidismo	5,6%
Epoc	3,9%
Alcohol	13,9%
Tabaco	34,4%

Tabla 2. Trastornos del sueño

Trastorno del sueño	%
Ronquidos intensos*	56,7
Epworth \geq 15	13,9
Gran dificultad conciliación sueño	21,7
Gran cansancio después de dormir	29,4

*referido por sujeto y pareja

Tabla 3. Correlación síntomas depresivos

Depresión	Odds Ratio	Std. Err	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Edad	1,012	0,011	1,09	0,277	0,99	1,034
Sexo	0,529	0,273	-1,23	0,219	0,192	1,458
Cefalea matinal	3,078	1,126	3,07	0,002	1,502	6,305
Tabaquismo	0,463	0,178	-1,99	0,046	0,217	0,986
Alcohol	1,073	0,635	0,12	0,905	0,336	3,428
Antidepresivos	1,015	0,531	0,03	0,977	0,364	2,831
Benzodiazepinas	1,788	0,903	1,15	0,25	0,664	4,815
Insomnio	2,137	0,797	2,04	0,042	1,028	4,439

El grupo de alto riesgo de trastorno respiratorio del sueño, con Epworth $> 0 = 15$, ronquido intenso y pausas referidas por el paciente y pareja, cansancio al despertar (niveles 4-5) y alto grado de somnolencia diurna (niveles 4-5), fue correlacionado utilizando un modelo multivariado, con el grupo de bajo riesgo, para las variables de comorbilidad cardiovascular, encontrándose solo una correlación estadísticamente significativa para la variable alcohol ($p < 0,012$).

A las preguntas: ¿durante el último mes, se ha sentido a menudo decaído, deprimido o sin esperanzas? y ¿durante el último mes, se ha sentido a menudo poco interesado o sin ganas de hacer sus actividades? (anexo 1), 44% tuvo una respuesta afirmativa en ambas, 16,5% sólo en una de ellas y 39,5% respondió negativamente a las dos. Al realizar un análisis de modelo multivariado con los pacientes que respondieron afirmativamente a ambas preguntas, se encontró que las variables que presentaban una relación significativa fueron: cefalea matinal ($p < 0,002$), tabaquismo ($p < 0,046$) e insomnio ($p < 0,042$) (Tabla 3).

Discusión

La alta frecuencia de síntomas relacionados con trastornos del sueño (67,2%), encontrados en esta muestra, avalan la necesidad de mayores estudios e implementación de políticas públicas

de salud en este tema. En este estudio se encontró una alta frecuencia de somnolencia diurna excesiva (puntaje de Epworth elevado, somnolencia diurna y sensación de sueño no reparador), que es uno de los síntomas principales de SAHOS y que es causa conocida de trastornos en la vida familiar, social y laboral y de accidentes¹⁵.

Se encontró hipertensión arterial en 37,2% y diabetes mellitus en 11,1%, cifras algo mayores que en la población general de nuestro país (33,7% y 4,2%, respectivamente), lo que puede explicarse por ser ésta una muestra donde hay muchos pacientes con patologías crónicas y en control periódico de estas condiciones. En cambio, dislipidemia sólo se encontró en 19,4%, cifra bastante menor que la descrita en la población general (35,4%)¹⁶. Destaca el hallazgo de que casi un 40% de los pacientes presentan un IMC $>$ de 30 kg/m².

A pesar de lo frecuente de la sintomatología sugerente de trastornos del sueño, no se logró establecer una correlación significativa entre estos síntomas y las variables de comorbilidad cardio y cerebrovascular, salvo con el uso de alcohol, el que no fue encuestado detalladamente. Parece necesario precisar los diagnósticos de trastornos del sueño con estudio polisomnográfico, para encontrar las significativas relaciones que se han descrito entre estos, especialmente el SAHOS y el desarrollo de hipertensión arterial, infarto al miocardio y accidentes cerebrovasculares⁵⁻¹¹.

Debido al alto costo de los estudios polisomnográficos, se ha tratado de implementar cuestionarios y diversas escalas que permitan un tamizaje adecuado de los pacientes con trastornos de sueño, especialmente SAHOS, estableciendo grados de sospecha de este síndrome, pero la asignación a un grupo de alta probabilidad no ha podido ser hecha con suficiente seguridad como para eliminar la necesidad de polisomnografía, aunque la asignación a un grupo de baja probabilidad reduce la posibilidad de tener SAHOS a menos de un 20%¹⁷. El cuestionario utilizado es de fácil aplicabilidad y, junto con la escala de Epworth, nos permitió separar a los sujetos con mayor riesgo aparente de SAHOS en la población estudiada, lo que deberá ser confirmado con el estudio polisomnográfico.

Uno de los instrumentos más utilizados para detectar hipersomnia es la Escala de Somnolencia de Epworth¹³. Esta escala desarrollada en 1991 en inglés, ha sido validada en español¹⁸ y fue utilizada en este estudio con algunas modificaciones menores para hacerla entendible al lenguaje local (anexo 2). Aunque existen estudios que alertan de la influencia en los resultados obtenidos de factores como la raza, edad y nivel socioeconómico, las diferencias encontradas al parecer están relacionadas no con la escala sino que con la mayor frecuencia de trastornos de sueño en ciertos grupos¹⁹.

El análisis del empleo de benzodiazepinas en esta muestra revela una alta frecuencia de uso, especialmente en aquellos pacientes con quejas relacionadas con insomnio. Al parecer en la atención primaria de salud la herramienta más utilizada para tratar los síntomas de insomnio serían las benzodiazepinas.

Dada la importancia de los trastornos afectivos en la patología del sueño, especialmente en el insomnio, incluimos en el cuestionario dos preguntas que se han revelado útiles como tamizaje de

depresión. Whooley et al, compararon estas dos preguntas con otros instrumentos validados para la detección de depresión, encontrando que una respuesta positiva a las dos preguntas tenía una sensibilidad de 96% y una especificidad de 57%¹⁴. En nuestro trabajo, destaca la alta frecuencia de respuestas afirmativas a ambas preguntas, lo que sugiere que la sintomatología depresiva es frecuente en esta muestra de pacientes consultantes en atención primaria. Su correlación significativa con las preguntas relacionadas con insomnio reafirma la estrecha ligazón entre depresión e insomnio y como cualquier aproximación médica debe considerarlos a ambos para tratar de mejorar la calidad de vida de estos pacientes. De hecho, el impacto más importante del insomnio es el alto riesgo de depresión^{20,21}.

Debe tenerse en consideración, que este estudio fue realizado durante el período de primavera y verano, ya que se ha demostrado que algunas personas pueden presentar cambios anímicos y en la eficiencia del sueño en relación con la estación del año²².

Aunque un diagnóstico preciso de los trastornos respiratorios del sueño requiere el estudio polisomnográfico en un laboratorio especializado, es importante destacar que existen otros trastornos del sueño que se manifiestan con insomnio o hipersomnia, que pueden controlarse con medidas de salud pública fáciles de implementar: higiene de sueño, uso adecuado de medicamentos, control de alimentación y actividad física. La inclusión de los trastornos del sueño en programas de salud, especialmente en la atención primaria, incluyendo instrumentos de fácil uso como la escala de Epworth y el cuestionario utilizado en este trabajo, podrían contribuir a obtener mejoras significativas en la salud y bienestar de la población y esperamos correlacionarlos en un próximo estudio con los resultados polisomnográficos.

Resumen

Introducción: Los trastornos del sueño, especialmente el Síndrome de Apneas del Sueño (SAS), presentan una alta prevalencia internacional, pero no existen estudios en Chile. **Método:** Durante un período de 6 meses, se ingresó progresivamente una muestra randomizada de 180 pacientes mayores de 18 años (135 mujeres, 45 hombres) que consultaron en un Centro de Salud Familiar, para evaluar la frecuencia de trastornos de sueño con la Escala de Somnolencia de Epworth y un Cuestionario de Sueño especialmente diseñado que incluyó: estado nutricional, enfermedades médicas, uso de medicamentos, tabaco y alcohol, hábitos de sueño, ronquido, pausas respiratorias, insomnio, somnolencia diurna excesiva y síntomas depresivos. **Resultados:** Se encontró hipertensión arterial en 37,2%, diabetes en 11,1%, dislipidemia en 19,4% y tabaquismo en 34,4%, IMC > de 30 kg/m² en 38,3%, Epworth ≥ 15 en 13,9%, ronquido en 56,7%, pausas respiratorias en 21,7%, somnolencia diurna excesiva en 29,4%, dificultad en la iniciación (21,7%) y mantención del sueño (21,7%). Tristeza persistente y/o pérdida de interés en sus actividades o falta de disfrute en el último mes fue referida por 43,8% de los pacientes. **Conclusión:** La alta frecuencia de trastornos del sueño encontrados, hacen necesario incluirlos en la planificación de programas de salud en nuestro país, para su adecuado diagnóstico y tratamiento, especialmente considerando el que algunos de estos trastornos constituyen factores de riesgo para enfermedades vasculares cardíacas y cerebrales.

Palabras clave: Apneas de sueño, cuestionario de sueño, escala de somnolencia de Epworth, somnolencia diurna excesiva, insomnio, trastornos de sueño.

Referencias

- Leger D, Poursain B, Neubauer D, Uchiyama M. An international survey of sleeping problems in the general population. *Curr Med Res Opin* 2008; 24 (1): 307-17.
- Young T, Evans L, Finn L, Palta M. Estimation of the clinically diagnosed proportion of sleep apnea syndrome in middle-aged men and women. *Sleep* 1997; 20: 705-6.
- Young T, Peppard P E, Gottlieb D J. Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165: 1217-39.
- Sateia M J, Doghramji K, Hauri P J, Morin C M. Evaluation of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep* 2000; 23 (2): 243-308.
- Shamsuzzaman A S M, Gersh B J, Somers V K. Obstructive sleep apnea. Implications for cardiac and vascular disease. *JAMA* 2003; 290: 1906-14.
- Quan S F, Gersh B J. Cardiovascular consequences of sleep disordered breathing: past, presente and future. *Circulation* 2004; 109: 951-7.
- Bassetti C L, Milanova M, Gugger M. Sleep disordered breathing and acute ischemic stroke. *Stroke* 2006; 37: 967-72.
- Shahar E, Whitney C W, Redline S, Lee E T, Newman A B, Javier Nieto F, et al. Sleep-disordered breathing and cardiovascular disease: cross-sectional results of the Sleep Heart Health Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 19-25.
- Yaggi H K, Concato J, Kernan W N, Lichtmann J H, Brass L M, Moshen V. Obstructive sleep apnea as a risk factor for stroke and death. *N Engl J Med* 2005; 353: 2034-41.
- Moshen V. Is sleep apnea a risk factor for stroke? *Minerva Med* 2004; 95: 291-305.
- Culebras A. Síndrome de apnea del sueño: soluciones a corto plazo y riesgo vascular a largo plazo.

- zo. Rev Neurol 2006; 42: 34-41.
12. Vgontzas A N, Bixler E O, Chrousos G P. Sleep apnea is a manifestation of the metabolic syndrome. *Sleep Med Rev* 2005; 9 (3): 211-24.
 13. Johns M W. A new method for measuring daytime sleepiness. *Sleep* 1991; 14: 540-5.
 14. Whooley M A, Avins A L, Miranda J, Browner W S. Case-finding instruments for depresión. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997; 12 (7): 439-45.
 15. US Department of Health and Human Services. Public Health Service. National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. National Center of Sleep Disorders Research and Office of Prevention, Education and Control. Problem Sleepiness in your patients. 1997.
 16. Encuesta Nacional de Salud 2003. Ministerio de Salud de Chile. <http://epi.minsal.cl/> [10.03.2008]
 17. Chesson A L Jr, Ferber R A, Fry J M, Grigg-Damberger M, Hartse K M, Hurwitz T D, *et al.* The indications for polysomnography and related procedures. *Sleep* 1997; 20 (6): 423-87.
 18. Chiner E, Arriero J M, Signes-Costa J, Marco J, Fuentes I. Validación de la versión española del test de somnolencia de Epworth en pacientes con síndrome de apnea de sueño. *Arch Bronconeumol* 1999; 35 422-7.
 19. Gander P H, Marshall N S, Harris R, Reid P. The Epworth Sleepiness Scale: Influence of age, ethnicity and socioeconomic deprivation. *Sleep* 2005; 28 (2): 249-53.
 20. Roth T, Roehrs T. Insomnia; epidemiology, characteristics and consequences. *Clin Cornerstone* 2003; 5 (3): 5-15.
 21. Taylor D J, Lichstein K L, Durrence H H, Reidle B W, Bush A J. Epidemiology of insomnia, depression and anxiety. *Sleep* 2005; 28 (11): 1457-64.
 22. Oyane N M, Ursin R, Pallesen S, Holsten F, Bjorvatn B. Self-reported seasonality is associated with complaints of sleep problems and deficient sleep duration: the Hordaland. Study. *J Sleep Res* 2008; 17 (1): 63-72.

Anexo 1. Cuestionario de Sueño

CUESTIONARIO DE SUEÑO

NOMBRE: _____

PROFESIÓN U OFICIO: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ FONO: _____

DIRECCIÓN: _____

ESCOLARIDAD: _____

ANTECEDENTES:

Hipertensión arterial:

Diabetes mellitus:

Hiperlipidemia:

Enfermedad coronaria:

Reflujo GE (pirosis y/o regurgitación):

AVE o CIT (fecha):

Cefalea matinal:

Hipotiroidismo:

Tabaquismo (cantidad):

EPOC:

Alcohol (cantidad):

Rinitis:

Trastorno memoria, olvidos frecuentes:

Impotencia:

EXAMEN:

Peso:

Presión arterial:

Cuello (cm):

Talla:

IMC:

Cintura abdominal (cm)

MEDICAMENTOS Y DROGAS:

Hipnóticos:
 Neurolépticos:
 Antihistamínicos:
 Antidepresivos:
 Clonidina:
 Modafinilo:
 Propoxifeno:
 Valeriana:
 Kava:
 Melatonina:
 Otros:

Opiáceos:
 Cocaína:
 Anfetaminas:
 Canabinoides:
 Barbitúricos:
 Benzodiazepinas:
 Metadona:
 Pasiflora:
 Melisa:
 Hierba de San Juan:

Más de 5 vasos o tazas al día de:

Té:
 Café:
 Bebidas cola:
 Mate:

1. Por favor describa sus problemas habituales de sueño:

Ronquido intenso:
 Pausas respiratorias:
 Movimientos mientras duerme:
 Hablar dormido:
 Insomnio:
 Otro:

2. Describa su esquema de sueño típico.

- a) Hora en que apaga la luz:
- b) Tiempo que demora en dormirse:
- c) Número de despertares en la noche:
- d) Hora de despertar en la mañana:
- e) Hora en que se levanta en la mañana:
- f) Hora en que debe estar en el trabajo:

3. Explique como su esposo o esposa describe su sueño:

Ronquido intenso:
 Pausas respiratorias:
 Movimientos mientras duerme:
 Hablar dormido:
 Insomnio:
 Otro

4. Después de acostarse ¿tiene dificultad para dormirse?

1	2	3	4	5
Sin dificultad	alguna dificultad		gran dificultad	

5. Cuando se despierta a medianoche ¿tiene dificultad para volver a dormirse?

1	2	3	4	5
Sin dificultad	alguna dificultad		gran dificultad	

6. Después de dormir, ¿cuán cansado se siente?

1	2	3	4	5
Muy descansado	algo somnoliento		no descansó nada	

Anexo 2. Escala de Somnolencia de Epworth

Escala de sueño de Epworth.

PREGUNTA ¿Con qué frecuencia se queda Ud. dormido en las siguientes situaciones? Incluso si no ha realizado recientemente alguna de las actividades mencionadas a continuación, trate de imaginar en qué medida le afectarían.

Utilice la siguiente escala y elija la cifra adecuada para cada situación.

- 0 = nunca se ha dormido
- 1 = escasa posibilidad de dormirse
- 2 = moderada posibilidad de dormirse
- 3 = elevada posibilidad de dormirse

Situación	Puntuación
• Sentado y leyendo	
• Viendo la T.V.	
• Sentado, inactivo en un espectáculo (teatro...)	
• En auto, como copiloto de un viaje de una hora	
• Recostado a media tarde	
• Sentado y conversando con alguien	
• Sentado después de la comida (sin tomar alcohol)	
• En su auto, cuando se para durante algunos minutos debido al tráfico	
Puntuación total (máx. 24)	

Correspondencia:

Dr. José Luis Castillo C.

JM Infante 553. Providencia. Santiago. Chile

Fono-fax: 562-2360170

E-mail: jcastill@med.uchile.cl